

Rapport annuel de gestion 2015-2016

CHSLD BOURGET INC

11570, Notre-Dame Est
Montréal, Québec, H1B 2X4

Diane Girard
Directrice générale



CHSLD BOURGET INC.

Table des matières

Message des autorités.....	2
Déclaration de fiabilité des données.....	3
Rapport de la direction.....	4
Présentation de l'établissement	5
Mission	
Structure organisationnelle	
Comités de l'établissement	
Contexte et faits saillants	8
Réalisations en regard du plan stratégique	8
a) Principales modifications apportées durant l'année	8
b) Enjeux, orientations stratégiques et objectifs du plan stratégique.....	9
c) Résultats obtenus par rapport aux objectifs priorisés.....	10
- Suivis des recommandations suite aux visites Ministérielle, Agrément Canada et Planetree.....	12
- Application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	14
- Sécurité des soins et services	19
- L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	21
- Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs	22
États financiers et analyses des résultats.....	23
Code d'éthique et de déontologie.....	23

Annexes :

1. Structure organisationnelle
2. Comité des usagers 2015-2016
3. Ressources humaines de l'établissement
4. Analyse des résultats
5. Code d'éthique et de déontologie



MESSAGE DES AUTORITÉS

Voir avec les yeux du cœur...

Madame, Monsieur,

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2015-2016. Vous y trouverez les principales réalisations et les faits saillants ainsi que les principaux résultats atteints au cours de l'année. L'année 2015-2016 marque le début de notre nouvelle planification stratégique 2016-2020; cette dernière s'inscrit dans la continuité avec la planification précédente qui nous a permis plusieurs avancées en matière d'offre de services sécuritaires et de qualité aux résidents et à leurs familles. Une année qui a bien débuté puisque le 27 avril 2015 le réseau *Planetree Québec* nous décernait à l'unanimité la **Reconnaissance Bronze** d'employeur de choix.

Le CHSLD Bourget est une entreprise familiale qui, depuis 1977, a su orienter ses choix de soins et de services en priorisant une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Notre centre est agréé par Agrément Canada depuis plus de 30 ans. Soucieuse d'offrir un milieu de vie agréable et un environnement fonctionnel et sécuritaire, la direction du Centre a plusieurs fois soumis aux autorités régionales et ministérielles des projets de rénovation ou de relocalisation. Au printemps 2011, l'Agence de Montréal priorisait un projet de rénovation longuement souhaité qui nous a permis d'améliorer la sécurité, la qualité du milieu de vie et de mieux répondre aux besoins de nos résidents. Nous espérons toutefois, que nous aurons l'opportunité de soumettre de nouveaux projets afin d'offrir à notre clientèle un milieu de vie tel que mis de l'avant par les orientations ministérielles.

Depuis avril 2015, nous sommes certifiés employeur de choix. Notre centre a déployé tous les efforts nécessaires au développement et au maintien d'un milieu de travail sain et par conséquent à l'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts à notre clientèle.

Évidemment, il nous a été possible d'atteindre des résultats très satisfaisants grâce à l'engagement et au dévouement des membres du conseil d'administration⁽¹⁾, des cadres, du personnel, des médecins, des bénévoles et de nos partenaires. Nous aimerions donc les remercier et souligner leur travail et leur implication à la réalisation de la mission de l'établissement.

Yvan Girard
Président

Diane Girard
Directrice générale

(1) Constitué en vertu de la Loi sur les compagnies.

DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du CHSLD Bourget inc. :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables;

À ma connaissance, l'information présentée dans ce rapport annuel de gestion 2015-2016 du CHSLD Bourget inc., ainsi que les contrôles afférents sont fiables et ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2016.




Diane Girard
Directrice générale

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du CHSLD Bourget inc. ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

La direction du CHSLD Bourget inc. reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Les états financiers ont été audités par la firme *Giroux, Ménard, Charbonneau, Laprés s.e.n.c.* dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion.



Diane Girard
Directrice générale

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Mission; Voir avec les yeux du cœur

Le CHSLD Bourget est un centre d'hébergement, privé conventionné, offrant des soins de longue durée à 80 adultes ou personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive dans un milieu de vie chaleureux, humain et sécuritaire. Il est situé en bordure du Fleuve Saint-Laurent au 11 570, rue Notre-Dame Est à Pointe-aux-Trembles, sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Notre mission, telle que définie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, inclut des services d'hébergement, de soins infirmiers et d'assistance, de soutien et de surveillance, des services pharmaceutiques et médicaux ainsi que des services psychosociaux, de loisirs et de réadaptation. À cette fin, nous recevons sur référence de notre région administrative, les personnes qui requièrent de tels services. Les services sont personnalisés et adaptés aux besoins de chaque résident tout en s'assurant du respect de leur autonomie, de leur bien-être et de leur dignité.

Notre centre priorise une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité. Nous privilégions la participation des résidents et de leurs proches à l'élaboration des interventions et décisions les concernant. Nos employés, nos partenaires et nos bénévoles unissent leurs efforts et ont à cœur de placer les résidents en priorité au moment d'entreprendre toutes actions.

Notre structure organisationnelle

La structure organisationnelle de l'établissement en place au 31 mars 2016 est présentée à l'annexe (1).

Les comités de l'établissement en vertu de la Loi ou non

La direction s'assure que tous les comités qui sont en place soient actifs et collaborent à la poursuite de l'amélioration continue de la qualité des soins et services :

- ❖ Comité de vigilance;
- ❖ Comité des usagers;
- ❖ Comité des infirmiers et infirmières (CII);
- ❖ Comité d'accompagnement de fin de vie;
- ❖ Comité de gestion intégrée de la qualité (Milieu de vie, Agrément Canada, modèle *Planetree*);
- ❖ Comité de gestion des risques, des préventions et contrôle des infections.

a) Comité de vigilance et de la qualité des services

Le comité de vigilance et de la qualité des services a tenu une seule rencontre au cours de l'année. Celle-ci avait pour but de faire le suivi des recommandations données par :

- Le comité de gestion des risques;
- Agrément Canada;

- Visite Ministérielle;
- Évaluation organisationnelle dans le cadre du *Programme de reconnaissance d'employeur de choix*;
- Coroner;
- Le commissaire local aux plaintes et à la qualité.

Le comité de vigilance et de la qualité des services est satisfait des suivis donnés aux recommandations car ils témoignent de l'importance accordée à la qualité des soins et des services dans le respect des droits individuels et collectifs et s'inscrivent dans la logique d'une participation accrue des résidents et d'un meilleur suivi des services dispensés à la population.

b) Comité des usagers

Le comité est actif et a tenu 7 rencontres en 2015-2016. Il s'est impliqué dans plusieurs activités afin de faire la promotion de celui-ci et de faire prévaloir les droits et intérêts des usagers auprès des résidents et des familles. Le comité des usagers a apporté sa contribution lors des ateliers de consultation dans le cadre de la planification stratégique 2016-2020. Les priorités de réalisations de l'année sont entre autres :

1. Fête promotionnelle afin de mieux connaître le Comité des usagers de notre centre;
2. Rencontres avec les membres de la direction;
3. Formation sur la maltraitance envers les personnes âgées offerte par le regroupement provincial des comités des usagers (RPCU);
4. Souper-conférence sur les droits et obligations des usagers;
5. Réalisation et distribution de calendriers pour promouvoir les droits des usagers.

Vous trouverez en annexe (2) le rapport du comité des usagers.

c) Comité de la gestion des risques

Il y a eu 4 rencontres du comité de gestion des risques au cours de l'année. Le comité s'est intéressé aux analyses des événements jugés à risque élevé ou aux « échappée belle » afin de proposer les moyens les plus appropriés pour les prévenir ou les diminuer. Tous les AH-223 ont été saisis au registre national du SSSS. Des rapports trimestriels ont été remis à la direction générale, portant principalement sur la prévention des infections, le nombre d'incidents et accidents ainsi que sur le nombre de contention (ridelles).

Des audits concernant le lavage des mains ont eu lieu tout au cours de l'année.

Un total de 496 incidents /accidents a été déclaré; le bilan et les principaux facteurs de risque mis en évidence auprès du comité sont :

Bilan des incidents et accidents

Évènements	Nombre 2015-2016	Nombre 2014-2015
Lésions	161→33 %	43→15 %
Erreurs de médicaments	111→22 %	68→4 %
Chutes	103→21%	132→47%
Autres	121→24%	41→ 14 %
Total :	496	284

L'augmentation du nombre de déclarations s'explique principalement par :

- La formation donnée à l'ensemble du personnel afin de bien instaurer une « culture de déclaration »;
- L'utilisation adéquate, optimale et uniforme de la pochette de déclaration d'accident/incident mise en place l'année dernière;
- La diffusion des données trimestrielles du rapport de gestion des risques aux employés, bénévoles, familles et résidents.

Les priorités 2015-2016 sur la diffusion du programme de prévention des chutes ont porté fruit; on peut en constater les résultats. Les erreurs de médicaments sont principalement dues aux omissions.

Le pourcentage des plaies et contusions a toutefois grandement augmenté, il s'agit surtout de rougeurs. La diffusion du nouveau programme d'intégrité de la peau de même que la formation et la sensibilisation des équipes à l'importance de la roue de positionnement devraient nous permettre une mise en œuvre de mesures correctives appropriées.

Durant l'année, le CHSLD Bourget n'a eu aucun événement sentinelle tel que défini par Agrément Canada : *un événement indésirable qui mène à un décès ou à une perte de fonction durable ou importante chez la personne qui reçoit des services de santé.*

Tel que mentionné précédemment, le comité de gestion des risques a aussi fait le suivi du volet **prévention des infections**. Pourcentage des infections pour l'année :

- Urinaire : 32%
- Viral : 18%
- Respiratoire : 15%

- Conjonctivite : 20%
- Lésion cutané : 4%
- Autres : 11%

Contexte et faits saillants

Sans contredit, l'année 2015-2016 aura été marquante à plusieurs égards :

- ✚ Le comité de reconnaissance du réseau *Planetree Québec* nous a décerné, en avril 2015, la **Reconnaissance bronze** d'employeur de choix;
- ✚ Dans le cadre de l'élaboration de la nouvelle *planification stratégique et opérationnelle 2016-2020*, une démarche de consultation menée auprès du personnel, des résidents et des bénévoles, a permis de faire la mise à jour de la mission, des philosophies d'intervention et de gestion, des énoncés de valeurs et d'établir les orientations et les objectifs qui nous guideront pour les quatre prochaines années;
- ✚ L'année 2015-2016 fut une année préparatoire à la prochaine visite d'évaluation d'Agrément Canada en avril 2016, une activité des plus importantes pour l'ensemble des employés, résidents, familles et partenaires;
- ✚ Le 11 novembre 2015, lors de la *visite d'appréciation de la qualité des services d'hébergement du ministère*, l'évaluateur a qualifié notre centre de chaleureux, accueillant et familial;
- ✚ Le poste de chef d'unité a été comblé en début avril pour malheureusement être à nouveau vacant en janvier 2016. Tandis que le poste de directeur des services techniques, malgré le processus de dotation dans le cadre de la Loi 10, est toujours vacant depuis juin 2015;
- ✚ Finalement, la participation active de notre centre à la campagne sociétale **#ParceQueJeLaime**, qui incitait les familles et les proches à visiter leurs aimés en CHSLD.

RÉALISATIONS EN REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE

a) Principales modifications apportées durant l'année

Les principales modifications apportées au cours de l'année ont contribué à l'amélioration de l'offre de soins et de services de qualité pour les résidents et leurs proches de même qu'au développement d'un milieu de travail sain et dynamique. Il s'agit de :

- ✚ L'élaboration d'une politique *promouvoir la bientraitance pour contrer la maltraitance*;
- ✚ L'adoption, en novembre 2015, d'une politique portant sur les soins de fin de vie en accord avec la nouvelle législation en la matière;
- ✚ La modification du poste de conseillère clinique en poste d'infirmière clinicienne nous a permis de combler ce poste depuis longtemps dépourvu de titulaire;
- ✚ En février 2016, nous avons débuté les *soupers-rencontres résidents-familles* avec la collaboration du comité des usagers dans le cadre de la promotion des droits des usagers.

Ces rencontres ont pour but d'accompagner les résidents et leurs familles dans leur nouveau milieu de vie, de les renseigner sur les politiques et programmes du centre, de même que de leur diffuser les résultats des rapports de gestion des risques, les résultats de la visite ministérielle, la nouvelle planification stratégique 2016-2020 et tout autre thème souhaité par les participants;

- ✦ Des rénovations fonctionnelles, faites au cours de l'année, ont permis d'améliorer la sécurité des résidents notamment la réfection de l'ascenseur tandis que des rénovations de la laverie au service alimentaire et l'aménagement d'une nouvelle salle de douche pour les employés ont permis d'améliorer la qualité de vie au travail.

Statistiques clientèle

- Taux d'occupation: 99.21 %
- Nombre d'admissions: 41
- Nombre de départs: 41
- Séjour moyen: 1 166
- Âge moyen de la clientèle : 85

b) Enjeux, Orientations stratégiques et objectifs du Plan stratégique 2016-2020

La planification stratégique 2016-2020 est issue d'une démarche concertée des trois CHSLD détenus par les propriétaires, soit les CHSLD Bourget, Bussey et St-François. Trois centres avec des entités légales distinctes, mais qui travaillent en partenariat afin d'optimiser et faciliter les opérations des trois centres. Ce plan stratégique s'inscrit dans la continuité avec la planification précédente 2011-2015, qui nous a permis plusieurs avancées en matière d'offre de services sécuritaires et de qualité aux résidents et leurs familles ainsi qu'au développement d'un milieu de travail sain et dynamique.

Le Plan stratégique 2016-2020 guidera nos actions au cours des quatre prochaines années. Ces enjeux et orientations sont fondés sur la vision, la mission et les valeurs organisationnelles. Chaque objectif est défini par des indicateurs de résultats; ceux-ci nous permettent de mesurer l'avancement du plan. Le plan stratégique et opérationnel 2016-2020 a été diffusé en janvier 2016 aux comités des usagers ainsi qu'aux comités de gestion intégrée de la qualité des trois centres. Vous trouverez sur notre site web le plan stratégique 2016-2020.

Nous vous présentons ici les enjeux, les orientations stratégiques et les principaux objectifs généraux qui se veulent une source d'inspiration pour la mobilisation de tous nos acteurs afin d'assurer la continuité, la consolidation et l'optimisation de nos programmes de soins et de services.

Planification stratégique et opérationnelle 2016-2020

Enjeu :

- ✓ Arrimer nos standards aux meilleurs pratiques et normes reconnues;

- ✓ Maintenir une culture de sécurité et d'amélioration continue de la qualité et des services où l'humanisme prime;
- ✓ Maintenir un milieu de travail positif et stimulant qui agit sur la mobilisation, la communication et l'engagement de tout notre personnel.

Orientation stratégique :

- Promouvoir une gestion inspirante, responsable et performante;
- Intégrer la culture de sécurité tout en valorisant la mise en œuvre d'un milieu de vie humain pour nos résidents et leurs proches;
- Œuvrer à la création d'un milieu de travail faisant place à l'autonomie, aux initiatives et au partage des responsabilités afin d'assurer la pérennité des services de qualité.

Objectifs généraux :

- Consolider une culture d'uniformisation et de standardisation des lignes directrices afin de faciliter les opérations entre nos trois centres;
- Gérer les ressources financières et matérielles de manière à répondre aux besoins des résidents et de l'organisation de façon responsable et performante;
- Viser l'excellence dans notre service à la clientèle pour tous nos résidents et leurs proches en offrant des services personnalisés et un milieu de vie chaleureux et sécuritaire;
- S'assurer, conformément aux organismes d'évaluation, que nos résidents sont protégés des événements indésirables, sentinelles ou erreurs liés aux médicaments, aux infections et autres préjudices;
- Créer des environnements pratiques et propices au bien-être où l'on se sent comme chez soi;
 - Tirer parti de nos environnements extérieurs exceptionnels.
- Demeurer un employeur de choix ;
 - Actualiser le plan triennal pour le développement des compétences du personnel.

c) Résultats obtenus par rapport aux objectifs priorités pour l'année 2015-2016

Cette année, nous avons finalisé le bilan de chacune des activités prévues dans le cadre de notre planification stratégique 2011-2015. Ce faisant nous avons priorisé la poursuite des activités suivantes :

- Assurer le suivi des recommandations émises par les différentes instances et assurer l'atteinte des résultats attendus;
- Planifier, mobiliser le personnel afin d'obtenir un agrément avec mention en 2016;
- Maintenir une culture d'amélioration continue de la qualité des soins et services;
- Assurer une culture de sécurité à tous les niveaux de l'organisation avec la participation des résidents, familles, employés et partenaires.

Nous présentons ici les principaux résultats obtenus au cours de cette dernière année:

Objectifs :

- ✚ ***Consolider une culture d'uniformisation et de standardisation des lignes directrices afin de faciliter les opérations entre nos trois centres.***

En juin 2015, une démarche de consultation fut menée dans nos trois centres auprès de 30% du personnel et bénévoles de même qu'auprès de nos comités d'usagers. Le modèle SWOT (FFOM), communément utilisé par les petites entreprises comme les nôtres a été retenu pour recueillir les Forces, Faiblesses internes ainsi que les Opportunités et Menaces externes. À ce s'ajoutent entre autres les sondages de satisfaction de la clientèle complétés par les résidents et leurs proches ainsi que l'évaluation organisationnelle de *Planetree*.

En partenariat avec le CHSLD Bussey et le CH St-François, l'analyse des résultats SWOT nous a permis d'uniformiser et de standardiser nos opérations selon les lignes directrices, les données probantes et les exigences des normes des différentes instances. À titre d'exemple :

- D'actualiser notre mission, notre vision et nos valeurs;
 - D'élaborer les objectifs opérationnels du plan stratégique 2016-2020;
 - D'élaborer les plans opérationnels qui en découlent;
 - De se doter d'un comité de direction élargi, motivé, dynamique et rigoureux;
 - De standardiser, selon des données probantes et les meilleures pratiques, les politiques, procédures et programmes tels que :
 - Harcèlement et violence en milieu du travail;
 - Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé;
 - Meilleur schéma thérapeutique;
 - Programme de prévention des infections;
 - Programme de prévention du suicide;
 - Programme d'accompagnement de fin de vie;
 - Programme de bienveillance;
 - Cadre de référence en éthique clinique.
- ✚ ***Gérer les ressources financières et matérielles de manière à répondre aux besoins des résidents et de l'organisation de façon responsable et performante.***

Volet approvisionnement

- Nous nous sommes assurés que notre processus d'achat de fournitures soit efficace en privilégiant notamment le centre d'approvisionnement en commun Sigma-Santé.

Volet Service informatique

- Un technicien en informatique s'est assuré des différents suivis demandés : mise à jour des anti-virus, mise à jour de Windows, bon fonctionnement de tous les appareils,

audits, suivi des sondages et demandes d'information du Technocentre de l'Agence de Montréal ou du MSSS;

- Le comité du service informatique s'est réuni 7 fois au cours de l'année;
- Le dossier santé Québec (DSQ) a été déployé en début d'année 2016;
- Des formations sont données, au besoin, aux membres du personnel et chaque nouvel employé reçoit une formation flash sur l'utilisation approprié et sécuritaire du courrier électronique.

Volet budget et ressources

- Un processus structuré de gestion des ressources budgétaires est en place et les budgets ont été respectés par tous les services de notre centre.
- Pour les équipements un plan de maintien des actifs techniques est en place et permet le suivi dans le cadre d'un programme d'entretien préventif.

- ✦ ***Viser l'excellence dans notre service à la clientèle pour tous nos résidents et leurs proches en offrant des services personnalisés et un milieu de vie chaleureux et sécuritaire.***

Direction générale

Au cours de la dernière année nous avons finalisé le bilan des activités prévues à la planification 2011-2015. Une année charnière à la préparation de l'élaboration de notre planification 2016-2020. Ce faisant la direction générale a priorisé la poursuite des activités suivantes :

- Assurer le suivi des recommandations émises par les différentes instances et assurer l'atteinte des résultats attendus;
- Maintenir une culture d'amélioration continue de la qualité des soins et services;
- Assurer une culture d'amélioration continue de sécurité à tous les niveaux de l'organisation avec la participation des résidents, familles, employés et partenaires.

Suivi des recommandations suite aux visites Ministérielle, Agrément Canada et Planetree

Visite ministérielle

Cette visite s'est déroulée sur une journée et s'inscrit dans le 2^e cycle des visites ministérielles. La dernière visite au CHSLD Bourget remontait à novembre 2013.

- Lors de la visite du ministère le 11 novembre 2015, l'évaluateur soulignait :
 - L'engagement de toute l'équipe de direction et de tout le personnel;
 - La qualité des programmes et des outils cliniques;
 - La présence des bénévoles à plusieurs activités de même que la formation qui leur est offerte;
 - La propreté des lieux, en soulignant que nous avons un beau petit milieu de vie familial, bien décoré qui agit sur le mieux-être des résidents.

Un plan d'amélioration a été élaboré pour donner suite aux quatre (4) recommandations formulées dans le rapport de visite ministérielle. Rapport et plan sont disponibles sur notre site web.

Visite d'agrément

La direction générale s'est assurée que tous les efforts soient mis de l'avant afin de répondre adéquatement à toutes les normes et pratiques de gestion requises (POR) du processus d'autoévaluation d'Agrément Canada en vue de leur prochaine visite en avril 2016. Pour ce faire, plusieurs sondages ont été administrés dont le sondage de satisfaction des résidents et de leurs proches, les sondages de *Sécurité* et *Pulse sur la qualité de vie au travail*.

Planetree

Depuis 2013, nous nous sommes engagés à implanter une approche globale centrée sur la personne, qu'elle soit résident, employé, famille ou bénévole. Comme mentionné précédemment, *Planetree* nous décernait, le 27 avril 2015, une *Reconnaissance Bronze* d'employeur de choix.

Le rapport soulignait :

- Le souci de constante ouverture à la rétroaction auprès des résidents, des familles et du personnel;
- L'établissement privilégie clairement une approche holistique de la personne hébergée;
- Tous les comités du centre ont une responsabilité en regard de l'approche centrée sur la personne;
- L'engagement dans la communauté est observable et concret; stagiaires collégiaux et universitaires, excellente collaboration avec des écoles et CPE.

Des suggestions nous ont été formulées afin de guider nos réflexions dans la poursuite de nos actions en vue d'une prochaine demande de certification.

Nous sommes fiers de ces résultats et nous croyons fermement que cette certification a eu un impact direct sur l'amélioration des communications, sur la création d'un milieu de travail stimulant et valorisant et sur l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre.

Direction des soins infirmiers

Plusieurs activités ont été mises de l'avant afin de réaliser l'excellence dans l'offre de service entre autres :

Les soins infirmiers et d'assistance

Processus d'admission

- Présence des histoires de vie pour tous les résidents;
- Un sondage du processus d'admission est effectué 4 à 6 semaines après l'admission afin de valider si les résidents et leurs familles sont satisfaits de l'accueil;

- Deux sondages ont été menés afin de mieux connaître les besoins et les goûts de la clientèle en matière d'activités de loisirs.

Notre chef du service à la clientèle joue un rôle important dans le processus d'admission; une relation de confiance s'installe avec le résident et sa famille qui peuvent faire appel à elle pour toute situation préoccupante, questionnements ou autres.

Rencontres interdisciplinaires

- Les rencontres interdisciplinaires ont lieu à l'admission, de façon annuelle ou encore lors de problématique précise. La famille ou les proches sont toujours invités.
 - La rencontre d'admission se fait dans tous les cas entre 4 à 6 semaines suivant l'arrivée du résident; elle a pour but d'élaborer le meilleur plan d'intervention individuel possible afin de faciliter l'intégration du résident et de ses proches.

Accompagnement de fin de vie

- Au cours de l'année, nous avons accompagné 33 résidents et leurs familles ayant pris la décision de décéder à l'établissement;
- Un sondage portant sur la satisfaction des familles suite au décès de leur proche démontre leur niveau de satisfaction et nous permet d'améliorer les soins de fin de vie au centre.

Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

- Une politique sur les soins en fin de vie, les directives médicales anticipées et l'aide médicale à mourir a été élaborée en conformité avec la Loi;
- Aucune demande de sédation palliative continue n'a été administrée depuis l'entrée en vigueur de la Loi;
- Aucune demande d'aide médicale à mourir n'a été formulée ou administrée depuis l'entrée en vigueur de la Loi.

Gestion et résolution des problèmes éthiques

- En octobre 2015, la directrice des soins infirmiers a suivi une formation traitant de l'enjeu éthique dans la pratique infirmière, il en découle;
 - Une formation « flash » donnée aux équipes de soins sur le dilemme éthique;
 - Une version adaptée de cette formation a été donnée aux membres des familles dans le cadre de la rencontre résidents-familles en février 2016.

Le service des loisirs

Le service des loisirs s'est fait un point d'honneur d'offrir des activités stimulantes et adaptées aux divers besoins des résidents. La programmation artistique et récréative est établie mensuellement et en fonction des capacités et des goûts des résidents. Ces activités se retrouvent sur un calendrier, sept jours sur sept, en format virtuel à chaque étage et en format papier affiché à de multiples endroits accessibles et bien visibles. Le calendrier mensuel d'activités de loisirs est disponible sur notre site web. De plus, nous favorisons l'implication des proches et des bénévoles pour participer à l'animation du milieu de vie.

Les bénévoles

Pour l'année 2015-2016, le Comité des bénévoles a présenté et obtenu une subvention dans le cadre du *Programme Placement Carrière été 2015*. Cette subvention gouvernementale nous a permis d'obtenir la collaboration d'un étudiant à temps plein pour 10 semaines. De plus, douze bénévoles se sont impliqués pour les activités extérieures (sorties) et pour des activités de loisirs; leur implication est grandement appréciée et leur présence permet aux résidents de maintenir un lien avec la communauté, ils contribuent pleinement à l'amélioration continue de la qualité.

Le service de réadaptation

Quant à lui, le service de réadaptation s'assure, dès l'admission, de faire une évaluation du résident afin que sa sécurité soit une priorité et que la connaissance de son état physique n'occasionne pas un risque élevé de blessure grave. D'autre part, le service a organisé des cliniques de positionnement en collaboration avec le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge; en tout, c'est 45 résidents qui ont pu profiter de ces services. Enfin, le service de réadaptation est responsable de l'installation des appareils de mobilité et des suivis de ces moyens alternatifs à la contention; moniteurs TABS, SMART ou de type Microtech, bandes sensorielles et détecteurs de mouvement. Finalement, en collaboration avec le personnel des unités de soins, 63 résidents ont pu bénéficier du programme de marche.

Direction des services techniques

Hygiène et salubrité

Un programme d'hygiène et salubrité assure la standardisation des activités du service au processus de la gestion intégrée des risques de l'établissement et contribue à l'accroissement de la qualité des soins et services dispensés aux résidents. L'évaluateur ministériel a noté que *les lieux sont propres, bien entretenus et les produits dangereux sont rangés de façon sécuritaire*. Soulignons que des distributeurs de gel antiseptique, de savon et de crème à main sont installés dans toutes les chambres et tous les espaces communs.

Alimentation

Tous les responsables du service alimentaire [cuisiniers(ères)] possèdent les qualifications demandées par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) en ce qui concerne l'hygiène et salubrité en service alimentaire. Cette formation assure la connaissance des intervenants et permet de maximiser la conformité dans le service alimentaire et d'éviter ainsi la propagation des bactéries ou tout autre problème relié à l'alimentation.

Les heures de repas des résidents sont normalisées et la distribution des repas est présentée plat par plat. La présence de notre personnel est optimisée au moment des repas et celui-ci assure une vigilance envers l'ensemble de nos résidents.

Installation, entretien et réparation

Par le biais de notre programme d'entretien préventif des équipements, l'établissement s'assure que toutes les vérifications sont adéquates afin que les services se donnent de manière sécuritaire. L'évaluateur du ministère soulignait dans son rapport que *l'établissement a adapté les espaces intérieurs de manière à rappeler un milieu de vie familial. De plus, les stimuli auditifs sont contrôlés, et des repères visuels sont présents dans les aires communes.*

Des exercices pratiques d'évacuation en cas d'incendie sont faits régulièrement. Pour toutes les interventions, le personnel connaît les différentes étapes, son rôle et est prêt à réagir en situation d'urgence. Enfin, nous avons diffusé auprès des familles que notre centre est conforme en matière de sécurité incendie par ses gicleurs dans tout le centre, par son système d'alarme incendie, par les inspections faites selon les normes par des firmes reconnues et finalement, l'évaluateur du ministère a souligné la qualité de notre bâtiment ayant une structure de béton et d'acier.

✦ ***S'assurer conformément aux organismes d'évaluation, que nos résidents sont protégés des événements indésirables et sentinelles, des erreurs liées aux médicaments, des infections et autres préjudices.***

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, la direction des soins infirmiers s'assure que tous les résidents reçoivent des soins et services personnalisés et sécuritaires et que les suivis de ceux-ci soient faits selon les normes. Les activités mises de l'avant :

- Tous les résidents ont un bilan comparatif des médicaments à l'admission et au transfert dans le but de réduire le risque d'omission et de double prescription par inadvertance ou médicaments prescrits par erreur aux points de transition des soins;
- Tous les résidents sont évalués de façon régulière: risque de fugue, gestion de la douleur, échelle de Braden, risque de chute, mesure de contrôle, etc.

Nous bénéficions d'un partenariat avec le CSSS Québec-Nord pour mettre à jour nos politiques, procédures, protocoles et outils d'évaluation en matière de prévention des infections.

Des audits sont effectués afin de valider la prestation sécuritaire des soins et services, dont :

- ✓ Matériel non critique;
- ✓ Observation sur l'hygiène des mains et le port de gants;
- ✓ Traitement du linge souillé;
- ✓ Nettoyage et désinfection du bain et de la douche;
- ✓ Les épisodes de soins et de services;
- ✓ Les épisodes d'activité repas;
- ✓ Temps de réponse aux moyens alternatifs;
- ✓ Précautions additionnelles;
- ✓ Médicaments de niveau d'alerte élevé.

✦ ***Demeurer un employeur de choix.***

Le développement des ressources humaines

Les activités mises de l'avant au maintien d'un bon climat de travail :

- Tenue de journées de reconnaissance du personnel;
- Révision de la politique sur la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- Élaboration et diffusion d'un dépliant *Comprendre et prévenir le harcèlement et violence en milieu de travail*;
- Révision de la charte des attitudes et comportements attendus;
- Mise à jour de la politique sur l'utilisation des médias sociaux;
- Entente paritaire permettant de valoriser le travail-études et ainsi accroître l'attraction et la rétention du personnel.

Pour maintenir les expertises et les compétences de nos employés, nous leur avons offert diverses formations qui sont, à notre avis, de bons outils pour maintenir un bon climat de travail et faire en sorte que l'amélioration continue fasse partie de notre quotidien.

Les principales formations données :

À l'ensemble du personnel

- Harcèlement et violence en milieu de travail;
- Conférence *Promouvoir la bientraitance pour contrer la maltraitance*.

Au personnel des soins :

- PDSB (principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires);
- Formation offertes aux bénévoles (bientraitance, fin de vie, prévention des infections, prévention des chutes, vaccin et matériels sensoriels);
- Formation *Agir pour entourer*;
- Prévention et contrôle des infections;
- Intervenir en contexte de démence;
- Interventions et traitements appropriés en soins de fin de vie;
- L'humanisation des approches centrées sur la personne (séminaire Planetree).

Au personnel des services et cadres :

- Formation pour les professionnels de la santé en lien avec la Loi concernant les soins de fin de vie donnée par la fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ);
- MAPAQ pour le personnel du service alimentaire;
- Prévention et contrôle des infections;
- Examen clinique et évaluation mentale de l'aîné;
- Formation RCR;
- L'éthique clinique.

De plus, sous forme de formation « flash », les capsules suivantes : formation pompes entérales *Infinity*, procédure lors des sorties extérieures pour les résidents, chaleur accablante, la vaccination, les précautions additionnelles et l'hygiène des mains, médicaments à risque élevé, prévention des chutes, etc.

Accueil de stagiaires

Cette année notre centre a accueilli des stagiaires de différentes écoles :

- Une stagiaire du Cégep Marie-Victorin, dans le cadre de son attestation d'études collégiales en gérontologie, pour une période de 16 jours;
- Huit (8) groupes de stages de l'École des métiers des Faubourg de Montréal, d'une durée moyenne de 10 à 15 jours dont, un (1) stage de 6 à 7 stagiaires préposés aux bénéficiaires et sept (7) stages de 6 à 7 stagiaires infirmières auxiliaires.

La direction des soins rencontre les stagiaires, lors de leur première journée, pour leur souhaiter la bienvenue et leur faire part de notre mission, de nos philosophies et valeurs ainsi que de la réalité de notre environnement. Un sondage de l'appréciation du milieu est complété à la fin du stage.

Valorisé la présence au travail / Assiduité au travail et suivi de l'entente de gestion Main-d'œuvre indépendante (MOI) et du temps supplémentaire

L'établissement considère que la communication est l'un des ingrédients essentiels pour le développement d'un milieu de travail sain; en précisant clairement et fréquemment nos attentes auprès de nos employés nous œuvrons à la création d'un milieu stimulant et valorisant qui fait place à l'autonomie et au partage des responsabilités.

Au CHSLD Bourget, nous poursuivons nos suivis en Santé et Sécurité du travail de façon hebdomadaire et un suivi clinico-administratif est réalisé selon les besoins, afin de minimiser le temps d'absence de nos employés.

Pour une troisième année, nous avons maintenu sous le 1% l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante pour le personnel infirmier. Toutefois, les résultats en ce qui a trait à la réduction du temps supplémentaire n'ont pu être atteints pour l'ensemble de notre personnel des soins et assistance. Dans un contexte de pénuries globales, il est difficile de prévoir les résultats tout en maintenant et en prévenant les ruptures de services à notre clientèle très dépendante.

Ces bons résultats sont aussi dus à des recherches actives en plaçant des annonces sur les sites d'emploi des ordres professionnels, sur le site d'Emploi-Québec et sur le site de recrutement TALÉO.

Pourcentage des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendant (MOI)

Description	Résultats 2015-2016	Cibles 2014-2015	Résultats 2014-2015
Infirmières	0.52%	6,80%	0.1%
Infirmières auxiliaires	0.44%	3.04%	0.1%
Préposés aux bénéficiaires	0.98%	3.26%	0.9%

Pourcentage des heures supplémentaires travaillées

Description	Résultats 2015-2016	Cibles 2014-2015	Résultats 2014-2015
Personnel infirmier	7.75%	8.71%	6.24%
Ensemble du personnel réseau	5.51%	2.68%	4.9%

Vous trouverez en annexe (3) le tableau des ressources humaines de l'établissement.

Programme d'aide aux employés (PAE) / Politique de violence et harcèlement au travail

Depuis septembre 2005, le Groupe Renaud est responsable des services d'évaluation et de consultation du programme d'aide aux employés. Après leur période de probation, tous les employés peuvent bénéficier de cinq (5) visites d'une heure chacune par année de contrat incluant une heure de services-conseils téléphoniques pour des questions d'ordre juridique ou financier. Selon les statistiques d'utilisation du programme, le taux de consultation annuel demeure selon la moyenne normale d'utilisation d'un tel programme au sein des organisations.

D'autre part, nous avons tenu un sondage sur l'évaluation du risque de harcèlement et de violence au travail; les résultats démontrent que notre personnel sait qu'il y a une politique, connaît les attentes quant à la prévention de la violence, connaît la procédure à suivre s'il est témoin ou victime de violence ou de harcèlement au travail. Un dépliant pour comprendre et prévenir le harcèlement et violence en milieu de travail a été remis à l'ensemble du personnel.

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES DE LA QUALITÉ

Sécurité des soins et services

Un total de 496 incidents/accidents a été déclaré et diffusé cette année. Une augmentation du nombre de déclarations principalement due à la qualité des outils de travail et de leur utilisation adéquate par l'ensemble du personnel de soins infirmiers et à l'intérêt que nous avons suscité en diffusant régulièrement les résultats des rapports de gestion des risques aux employés, bénévoles, résidents et membre de familles.

Au cours du mois d'octobre avait lieu notre campagne de sensibilisation sur la vaccination saisonnière. Le taux de vaccination de nos résidents a dépassé la cible demandée et atteint 81.25%. Nous poursuivons nos efforts en vue d'atteindre la cible attendue pour la vaccination du personnel; la couverture vaccinale pour le personnel soignant se chiffre à 30%.

La vaccination pour contrer le pneumocoque chez la clientèle atteint la cible de 78%.

L'établissement a eu une éclosion de gastro-entérite d'une durée de 20 jours. La direction des soins infirmiers a géré la situation avec la collaboration de la santé publique de Montréal. Un comité tactique de prévention et de contrôle des infections a été mis sur pied pour supporter la gestion de cette éclosion. De plus, nous avons, par des formations « flash » et rencontres individuelles, informé les familles des mesures additionnelles en place dans le centre durant cet épisode et de leur rôle dans la gestion des éclosions.

Une journée de sensibilisation des résidents et des familles aux différents moyens pour prévenir les infections a aussi été tenue en décembre 2015. De plus, nous avons tenu 4 rencontres avec des membres des familles afin de leur diffuser les informations relatives à la prévention des infections et à la gestion des risques.

Les mesures de contrôle et d'isolement

Une formation, afin de réduire les mesures de contrôle utilisées dans le centre, a été offerte à la majorité des employés des soins infirmiers. Nous désirons souligner que cette dernière a permis une réduction importante de l'utilisation des ridelles de lit. Le taux d'utilisation est passé de près de 50% (janvier 2014) à moins de 10% (mars 2016). En ce qui concerne les ceintures abdominales, le taux est passé d'environ 64% (janvier 2014) à 12% (mars 2016). Des félicitations ont été faites à toute l'équipe des soins infirmiers tant par l'équipe ministérielle que les visiteurs d'Agrément Canada.

L'Agrément

La démarche d'agrément est au cœur de nos priorités depuis de nombreuses années (1982). Afin de s'assurer du suivi de l'amélioration continue de la qualité selon les normes d'Agrément Canada, un comité de gestion intégrée de la qualité planifie et évalue la mise en place des normes et processus. Nous rappelons que notre centre a obtenu un *Agrément avec mention* lors de la dernière visite en avril 2012. Cette visite intégrait comme la précédente notre centre de la région de Québec le Centre hospitalier St-François inc.

Au cours de l'année 2015-2016, le comité de gestion intégrée de la qualité s'est rencontré régulièrement afin de répondre aux diverses normes et pratiques organisationnelles; tout a été mis en œuvre afin de prioriser les actions à prendre pour notre prochaine visite en avril 2016. Entre autres :

- Sondage de la satisfaction des résidents et de leurs familles (le taux de satisfaction s'éleva à 89%) ;

Rapport annuel de gestion pour l'année 2015-2016

- Sondage *Évaluation du risque de harcèlement et de violence en milieu du travail* ;
- S'assurer de la conformité de toutes les pratiques organisationnelles requises (POR);
- Évaluer et auditer la conformité des pratiques liées à l'hygiène des mains en lien avec le programme national ;
- Mise en place d'outils afin de recueillir les informations sur les taux d'infections ;
- Évaluation et mise à jour des programmes de prévention des infections, de prévention des chutes, de diminution des contentions, etc.

Au moment d'écrire ce rapport, Agrément Canada nous décernait le 29 avril 2016, l'**Agrément avec mention d'honneur** pour une période de 4 ans. (Rapport disponible sur notre site web).

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a produit et remis son bilan des activités à la direction ainsi qu'aux responsables concernés du Ministère et il a fait son rapport au comité de vigilance dont il est membre.

Aucune plainte n'a été acheminée au commissaire local en 2015-2016 et il n'y a pas eu d'intervention du commissaire. Aucune demande d'assistance ne lui a été adressée. Dans son bilan le Commissaire souligne que « *le respect des résidents et la qualité des services qui leur sont offerts est de toute évidence une préoccupation majeure de la direction du CHSLD Bourget et des employés.* »

De plus, au cours de l'année 2015-2016, il a rencontré le comité des résidents et il a rédigé périodiquement, « *le mot du Commissaire* », à l'intention principalement des résidents et de leurs familles. Ces courts textes ont l'objectif de présenter et de faire connaître le rôle du commissaire local, de présenter son approche ainsi que la procédure et les objectifs du traitement des plaintes et finalement de contribuer à mieux faire connaître les droits et responsabilités des résidents. Ce *mot du Commissaire* est remis au comité des résidents et est affiché à différents endroits dans le centre, accessibles aux résidents et leurs visiteurs.

D'autre part, le commissaire a aussi été consulté, soit par la direction générale ou la direction des soins infirmiers, dans le cadre du respect des droits des résidents.

Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

CHSLD Bourget Inc.		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2015-04-05 au 2016-04-02		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	9 805	0	9 805	6	8
	2015-16	10 264	0	10 264	6	9
	Variation	4,7 %		4,7 %	4,8 %	12,5 %
2 - Personnel professionnel	2014-15	650	0	650	0	3
	2015-16	804	0	804	0	2
	Variation	23,6 %		23,6 %	23,7 %	(33,3 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	37 500	2 026	39 525	20	32
	2015-16	37 186	2 389	39 575	20	28
	Variation	(0,8 %)	17,9 %	0,1 %	(0,4%)	(12,5 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	89 806	3 251	93 058	49	64
	2015-16	90 454	2 801	93 254	49	69
	Variation	0,7 %	(13,9 %)	0,2 %	0,9 %	7,8 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	32 626	613	33 240	17	29
	2015-16	29 629	548	30 177	15	30
	Variation	(9,2 %)	(10,7 %)	(9,2 %)	(9,4%)	3,4 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15					
	2015-16					
	Variation					
Total du personnel	2014-15	170 387	5 890	176 277	92	128
	2015-16	168 337	5 737	174 074	91	129
	Variation	(1,2 %)	(2,6 %)	(1,2 %)	(0,9%)	0,8 %

Le fichier transmis par le ministère indique que nous avons globalement respecté les cibles d'heures rémunérées pour la plupart des catégories d'emploi à l'exception du personnel d'encadrement et du personnel professionnel. Dans ces deux cas, nous avons des postes dépourvus de titulaires durant l'année 2014-2015 et qui ont été comblés par la suite. Nous désirons rappeler que nous sommes un petit centre et que les écarts en terme du nombre d'heures sont minimes. Par conséquent, l'effet du petit nombre y joue un rôle important. Nous rappelons que les modalités de financement des établissements privés conventionnés fixent les heures cliniques travaillées et que tout dépassement du nombre d'heures est à la charge de l'établissement. De plus, au niveau des effectifs de la composante fonctionnement, un per diem est établi et tout dépassement est aussi à la charge de l'établissement.

D'autre part, aucun contrat de service, comportant une dépense de plus de 25 000\$, avec une personne physique ou autre que physique, autre que les contrats de services répétitifs dont l'objet est traditionnellement confié à l'externe, n'a été conclu entre la période du 1er avril 2015 et le 31 mars 2016.

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Les documents suivants ont été transmis au Ministère de la santé et service sociaux (MSSS)

- États des résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2016;
- États de la situation financière au 31 mars 2016;
- Le rapport de l'auditeur.

Nous avons encore cette année un budget équilibré. L'écart favorable nous a permis de fonctionner de façon à supporter les changements importants durant toute l'année. De plus, l'analyse des rectificatifs des charges et revenus page 685, démontre que nous retournons au MSSS la somme de 48 543\$. Annexe (4). Rapport financier annuel disponible sur notre site web.

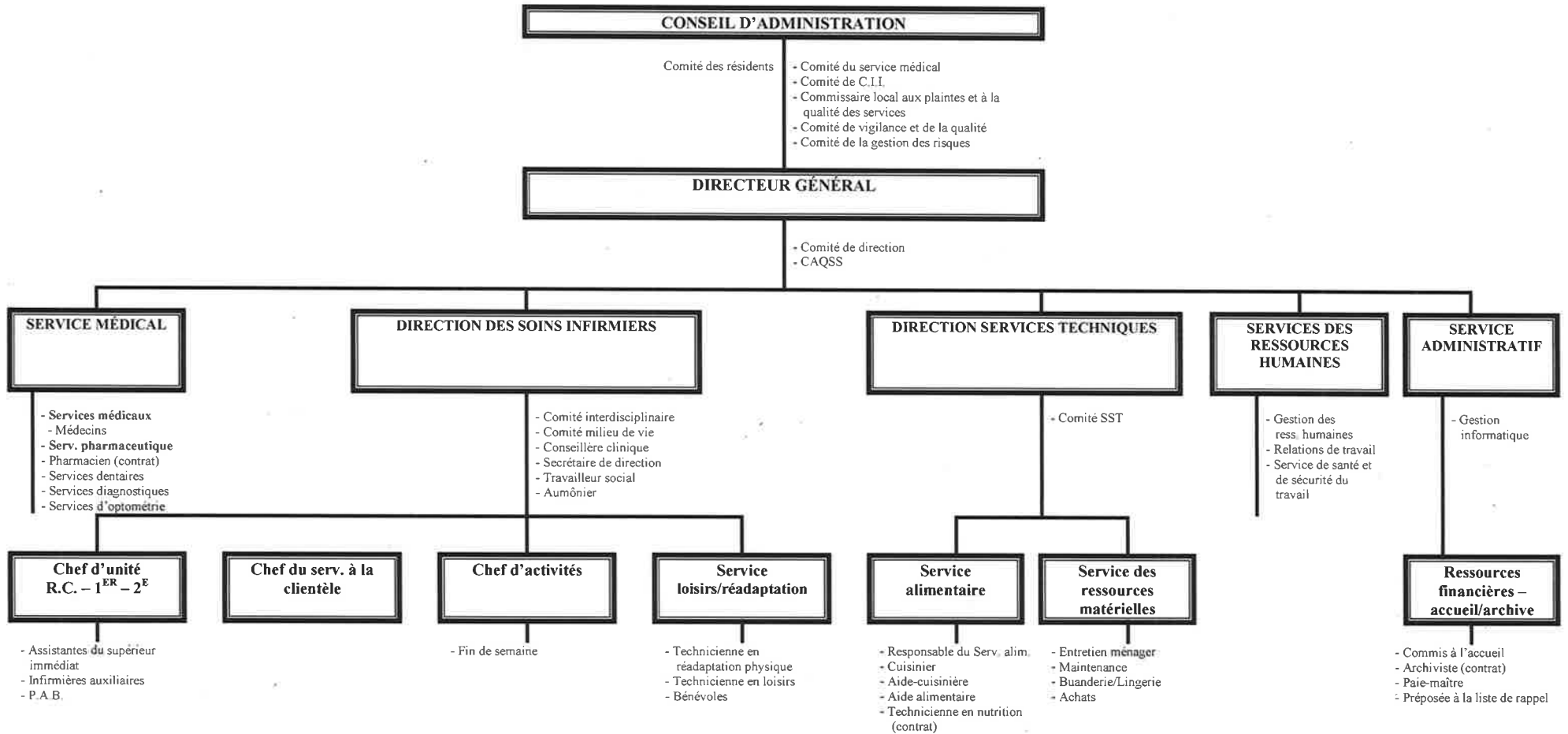
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

L'établissement a adopté un Code d'éthique et de déontologie pour ses administrateurs et dirigeants de façon à éviter tout conflit d'intérêts. Au cours de l'année 2015-2016, il n'y a aucun cas de manquement constaté. Code d'éthique et de déontologie en annexe (5).

Diane Girard,
Directrice générale

ANNEXES

ANNEXE 1



ANNEXE 2

RAPPORT D'ACTIVITÉ DU COMITÉ DES USAGERS

Année 2015-2016

Nom de l'établissement	Nombre d'usagers
CHSLD Bourget inc.	80

Composition du Comité			
Nom	Fonction	Statut	Téléphone
	Présidente	usager	514-645-1673
	Vice-président	usager	514-351-3576
	Trésorière-secrétaire	famille	514-645-0748
	Conseiller	famille	438-381-8535
	Conseillère	usager	514-645-7901
	Conseillère	usager	514-645-1673
Répondant :	France Dupras	Titre : Technicienne en loisirs	
	Tél. : 514-645-1673 Poste 206		

Réunions

Rencontre du comité : 7 rencontres

Priorités et réalisations de l'année 2015-2016

1. Fête promotionnelle afin de mieux faire connaître le Comité des usagers de notre centre;
2. Rencontres avec les membres de la direction,
3. Formation sur la maltraitance envers les personnes âgées offerte par le RPCU,
4. Souper conférence sur les droits et leurs obligations,
5. Réalisation et distribution de calendrier pour promouvoir les droits des usagers,
6. Distribution de stylos rétractables comme outil de promotion sur les droits des usagers,
7. Participation à d'autres comité pour le bien-être de nos résidents,
8. Participation de la formation offerte par le RPCU sur les rôles et fonctions d'un comité des usagers,
9. Mise à jour des affiches publicitaires et des dépliants d'information,
10. Démarches de recrutement de nouveaux membres aux comités

Objectifs et activités prévues en 2016-2017

1. Réaliser des élections en impliquant des nouveaux membres;
2. Poursuivre la diffusion d'information continue aux résidents,
3. Maintenir un minimum de quatre réunions par année,
4. Entretenir une bonne collaboration avec le commissaire aux plaintes ainsi que la direction du centre.

Mot de la présidente

Cette année, nous n'avons pas dépensé en totalité le budget accordé par le comité des usagers car nous avons manqué de temps. En effet, les budgets ont été octroyés trop tard pour entreprendre d'autres démarches pour sensibiliser nos droits et obligations comme usagers. Malgré tout, le comité est fier du travail accompli tout au long de l'année.

Présidente : Mme C

Secrétaire-trésorière : Mme

Date : 26 mai 2016

Adresse : 11570 Notre-Dame Est, Montréal, Québec, H1B 2X4

Téléphone : 514-645-1673 poste 206

ANNEXE 3

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES

Exercice courant
1

Exercice précédent
2

Variation (C.1 - C.2)
3

Personnel cadre (en date du 31 mars):

Temps complet, nombre de personnes (Note 1)	1	2	2	0
---	---	---	---	---

Temps partiel (Note 1):

- Nombre de personnes	2	6	6	0
-----------------------	---	---	---	---

- Équivalents temps complet (note 4)

	3	3,83	0,00	3,83
--	---	------	------	------

Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

	4			
--	---	--	--	--

Personnel régulier (en date du 31 mars):

Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	45	46	(1)
---	---	----	----	-----

Temps partiel (Note 2):

- Nombre de personnes	6	43	42	1
-----------------------	---	----	----	---

- Équivalents temps complet (note 4)

	7	35,45	0,00	35,45
--	---	-------	------	-------

Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

	8			
--	---	--	--	--

PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)

Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	38 767	36 922	1 845
---	---	--------	--------	-------

Équivalents temps complet (Notes 3 et 4)	10	21,14	0,00	21,14
--	----	-------	------	-------

Note 1: excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2: excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

Note 3: les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

Note 4: pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales

ANNEXE 4

RECTIFICATIFS - ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

		Montant 3	Notes
COMPOSANTE CLINIQUE			
Charges réelles admissibles	1	3 878 174	
Ajustement de la variation due aux heures travaillées excédentaires	2		
TOTAL (L.01 - L.02)	3	3 878 174	
Charges approuvées	4	3 872 039	
RECTIFICATIF (L.03 - L.04)	5	6 135	

	Portion clinique 1	Portion fonctionnement 2	Total (C1+C2) 3	Notes
AVANCES SUR CHARGES ESTIMÉES				
Congés de maladie-paiement du solde annuel	6	XXXX	2 685	2 685
Congés sociaux	7	16 396		16 396
Droits parentaux	8	19 765		19 765
Différentiel - C.S.S.T.	9			
Libération syndicale	10	34 059		34 059
Banque de congés de maladie	11			
Charges sociales afférentes aux L.06 à L.11, C.2	12	XXXX	336	336
Autres (préciser P695)	13		5 152	5 152
SOUS-TOTAL (L.06 à L.13)	14	70 220	8 173	78 393

		Montant 3	Notes
Déplacement des usagers (c/a 7400)	15	17 677	
Besoins spéciaux (c/a 7910) et dépenses personnelles nettes	16	474	
TOTAL (L.14 à L.16)	17	96 544	
Charges approuvées	18	228 466	
RECTIFICATIF (L.17 - L.18)	19	(131 922)	

			Notes
AUTRES RECTIFICATIFS			
Rectificatif relatif au taux d'occupation	20		
Suivi des impacts budgétaires - hors cadre	21	8 294	
Mesures découlant des conventions collectives et autres mesures salariales	22		
Griefs	23	154 912	
Rectificatif relatif aux activités hors du contrat d'exploitation de l'EPC	24		
Autres (préciser P695)	25	(50 477)	13
TOTAL DES AUTRES RECTIFICATIFS (L.20 à L.25)	26	112 729	
RECTIFICATIF TOTAL DES CHARGES (L.05 + L.19 + L.26)	27	(13 058)	
RECTIFICATIF DES REVENUS (P685-01)	28	(35 485)	
TOTAL DES RECTIFICATIFS POST-BUDGÉTAIRES (L.27 + L.28)	29	(48 543)	

RECTIFICATIFS DES REVENUS - EPC

Revenus sujets à un rectificatif	Budget 1	Réel 2	Écart (C2 - C1) 3	Rectificatif 4
Revenus provenant des usagers				
Suppléments de chambre (net)	1			
Contribution des usagers				
Autres reponsabilités:				
- CSST, FAAQ et MSP	2			
- Autres (net)	3			
Adultes hébergés - CH (net)	4			
Adultes hébergés - CHSLD et CR (net)	5	1 077 227	1 112 712	35 485 (35 485)
Adultes en ressources intermédiaires (net)	6			
Adultes en RTF (net)	7			
Contributions parentales (net)	8			
Hébergement temporaire CHSLD (net)	9			
Ajustement dû aux mauvaises créances	10	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL (L.1 à L.10)	11	1 077 227	1 112 712	35 485 (35 485)

ANNEXE 5

CONSEIL D'ADMINISTRATION :		
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE:	ÉMIS: 2001-06	RÉVISÉ: 2009-01

Devoirs et obligations des administrateurs

Prévenir et identifier les situations de conflits d'intérêts

- 1- L'administrateur respecte son contrat avec le MSSS suivant les usages, l'équité et la loi.
- 2- L'administrateur agit avec prudence et diligence dans l'accomplissement de son contrat.
- 3- L'administrateur agit avec loyauté et honnêteté et s'engage à déclarer par écrit tout intérêt susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêt.
- 4- L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération

- 5- L'administrateur ne confond pas les biens de sa corporation avec ses biens personnels.
- 6- L'administrateur respecte les normes établies en terme de rémunération contenues au décret sur les conditions de travail des directeurs généraux.
- 7- L'administrateur ou les membres de sa famille n'acceptent aucun don ou legs d'un résidant alors qu'il reçoit des services dans son centre.
- 8- L'administrateur gère les particularités de son contrat dans les limites prévues aux différentes composantes.

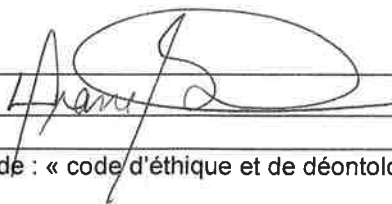
Devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions.

- 9- L'administrateur qui vend son établissement ou qui cesse d'être actionnaire garantit le droit de propriété et la qualité.
- 10- L'administrateur garde confidentiel tout renseignement de nature commerciale ou de nature à impliquer les résidents.

Mécanismes d'application du code d'éthique

- 11- À chaque deux ans, à tour de rôle un administrateur est responsable de l'application du présent code d'éthique. Il lui incombe de rédiger le rapport qui doit faire état annuellement des manquements au code et de s'assurer de l'intégrer au rapport annuel de l'établissement.
- 12- L'administrateur responsable s'assure de l'accessibilité au public du présent code.
- 13- Advenant une plainte dénonçant un manquement au code d'éthique, l'administrateur responsable réunit un groupe externe formé de quatre personnes, dont deux membres du conseil d'administration de l'AEPC et deux membres choisis parmi les propriétaires ou actionnaires d'établissements privés conventionnés.
- 14- L'administrateur qui reçoit un avantage comme suite à un manquement à ce code d'éthique est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Approuvé:



Date: 2009-01

Libellés tirés de : « code d'éthique et de déontologie – document de référence ACHAP 1998 »